

De weg naar duurzame kwaliteit in de langdurige zorg? Evaluatie van het programma

Mathilde Strating, Annemiek Stoopendaal, Sarah Slaghuis, Tineke Broer, Anna Nieboer en Roland Bal.

Definitieve versie 1 december 2010

Als we *iets* over het resultaat van Zorg voor Beter zouden kunnen zeggen dan is het wel het uitdagende karakter. Qua opzet, doel en grootschaligheid is Zorg voor Beter een uniek programma en heeft het de kwaliteit van de langdurige zorg onmiskenbaar op de agenda heeft gezet.

Een jaar na de start van Zorg voor Beter werd in opdracht van ZonMw een evaluatietraject in gang gezet door het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG). Het evaluatieonderzoek is gericht op onderzoeksvragen zoals: Wat zijn de resultaten van de projecten? Hoe kunnen we het succes (of falen) van de verschillende trajecten verklaren? Wat is de invloed van contextuele factoren en financiering? Hoe worden thema's als autonomie, keuzevrijheid van cliënten en betrokkenheid van het management vormgegeven in het programma (Strating e.a. 2008)? Wij maakten gebruik van zowel kwantitatieve (vragenlijsten voor cliënten, medewerkers en teamleiders) als kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals observaties van conferenties en case studies in de deelnemende organisaties.

In dit hoofdstuk reflecteren wij op thema's zoals de resultaten (voor zowel cliënten als deelnemende organisaties), de koppeling met ontwikkelingen in de sector, de functie van het meten en het vasthouden en verspreiden van verbeteringen en nieuwe werkmethoden. In de laatste paragrafen beschrijven wij hoe in het programma en in de deelnemende teams aandacht is besteed aan de thema's cliëntenparticipatie en managementbetrokkenheid..

1. Wat heeft Zorg voor Beter opgeleverd?

Wat Zorg voor Beter heeft opgeleverd is niet in één zin te vatten, maar is afhankelijk van wat je als resultaat definieert en voor wie. In het evaluatieonderzoek hebben we onderzocht in hoeverre het programma effectief is gebleken op zorginhoudelijke indicatoren, of de verbetertrajecten kosteneffectief zijn, maar ook of cliënten nu positievere ervaringen hebben met de zorgverlening.

Een van de belangrijkste doelstellingen was dat minstens 70% van de instellingen die deelnamen aan een verbetertraject een aantoonbare verbetering realiseerden. Voor elk thema is een specifieke doelstelling en zijn indicatoren geformuleerd om de voortgang in kaart te brengen en te kijken of doelstellingen werden behaald. Onze evaluatie laat zien dat lang niet in elk verbetertraject en op elk thema deze doelstelling van 70% gehaald wordt. Het thema waarop verbeterd wordt, is zeker van invloed op het behaalde effect. In de trajecten eten en drinken en valpreventie bijvoorbeeld, is de effectiviteit beter zichtbaar dan in de trajecten probleemgedrag of preventie seksueel misbruik. Voor deze laatste twee is het lastiger geweest om cijfermatig aan te tonen wat de interventies hebben opgeleverd voor cliënten, maar heeft het verbetertraject wel bijgedragen aan verdere ontwikkeling van interventies, producten en instrumenten. Over het algemeen kan gezegd worden dat er verbetering op gang is gekomen, maar er is zeker nog ruimte voor verdere kwaliteitsontwikkeling.

De Doorbraakmethode

De doorbraakmethode met de PDSA-cyclus heeft goed gewerkt. Op conferenties geven zorgprofessionals aan dat ze wel gewend zijn hun zorgverlening te verbeteren en verschillende aanpakken uit te proberen. Zij waren alleen niet gewend dit op een dergelijke gestructureerde wijze te doen. De PDSA benadering wordt in het Zorg voor Beter programma gebruikt om 'het innoveren' tot iets 'gewoons' te maken en tot iets wat 'te doen is'. Maar de

meest productieve interacties op de werkconferenties ontstonden als verbetermethode en zorginhoud dicht bij elkaar bleven. Om de 'verbetermethode' goed te laten werken, is het noodzakelijk dat projectleiders en kernteamleden ook goed geïnformeerd zijn over de inhoud van het verbeterthema. De verbeterteams zijn enthousiast over de inhoudelijke en methodologische ondersteuning; de doorbraakmethode in combinatie met inhoudelijke kennisoverdracht en inzicht in goede praktijken geeft hen de mogelijkheid het verbeterproces in de eigen situatie toe te passen (Strating 2008, p.46).

Doelen stellen

Per verbeterthema zijn verbeterdoelen geformuleerd. Door de verschillende uitgangspunten van de organisaties zijn projectspecifieke doelen vaak opnieuw gedefinieerd. Zo was de doelstelling bij medicatieveiligheid het aantal medicatiefouten terug dringen. Een van de deelnemende teams stelde echter dat hun doel juist zou moeten zijn meer meldingen van medicatiefouten. Dergelijke doelverschuivingen brachten verschillende interventies met zich mee die afweken van de projectspecifieke doelstellingen. Mede hierdoor blijft het voor projectleiders en onderzoekers een zoektocht om inzichtelijk te krijgen hoe er op verschuivende doelen gepresteerd wordt. Wel is meten heel belangrijk voor verbeteren: als problemen zichtbaar worden, ontstaat er meer verbeteractiviteit. Ook bij doelverschuivingen is het belangrijk de nieuwe doelen te blijven meten.

Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit van interventies kon slechts bij een beperkt aantal verbetertrajecten worden onderzocht (decubitus, medicatieveiligheid en vallen). Een belangrijke reden hiervoor is het geringe kostenbewustzijn zowel bij medewerkers als bij managers in de langdurige zorg. Daarnaast is daar (behalve in Plus waar managers getraind werden in het maken van een business case en in medicatieveiligheid waar een overall business case is gemaakt), ook door Vilans weinig mee gedaan. Voor decubitus geldt dat het project zelf niet leidt tot kosteneffectieve terugdringing van doorligwonden. Op langere termijn kan deze terugdringing wel kosteneffectief worden, maar alleen als de ingezette verbeteringen ook worden vastgehouden (Makai e.a. 2010). De verklaring voor deze 'uitgestelde kosteneffectiviteit' is waarschijnlijk dat besparingen als gevolg van het voorkomen van decubitus in de V&V sector en thuiszorg, anders dan bijvoorbeeld in ziekenhuizen, slechts leiden tot marginale besparingen, terwijl wel forse investeringen noodzakelijk zijn. Voor medicatiefouten kon kosteneffectiviteit, gezien de grote variëteit aan uitkomsten en de lastige koppeling tussen het voorkomen van medicatiefouten en uitkomsten op cliëntniveau, niet worden vastgesteld. De indruk bestaat echter dat kosteneffectiviteit hier niet wordt bereikt. Veelal gaat het om het niet op het juiste tijdstip toedienen van medicatie of het niet aftekenen van medicatielijsten. De investering in het voorkomen van dit type fouten zal naar verwachting niet direct zichtbaar zijn in besparingen. Ook voor een onderwerp als probleemgedrag is het niet aannemelijk dat de interventies kosteneffectief zijn. Dat is anders voor het voorkomen van valincidenten; hier is duidelijker aan te geven welke kosten je kunt besparen (heupoperatie, ziekenhuisopname etc.) en wel aannemelijk dat uitgevoerde verbeteracties ook kosteneffectief zijn.

Cliëntervaringen

In de verbetertrajecten probleemgedrag, medicatieveiligheid en valpreventie hebben cliënten hun mening gegeven over de zorg. Hiervoor is een selectie van vragen uit de Consumer Quality (CQ) Index vragenlijst gebruikt. De resultaten laten positieve veranderingen zien. Cliënten geven aan na afloop van het verbetertraject meer tevreden te zijn en hebben positievere ervaringen met de ontvangen zorg. Overigens is er soms sprake van tegengestelde resultaten; zo kunnen positieve uitkomsten op uitkomstindicatoren gepaard gaan met een verslechtering van cliëntervaringen en andersom.

Ter illustratie, wie goed wil scoren op de CQ-index doet er beter aan, te werken aan zeggenschap of probleemgedrag dan aan valpreventie. Cliënten worden namelijk niet minder angstig als er veel aandacht is voor risico's, terwijl meedoen aan een valpreventieproject wel leidt tot minder valincidenten. Ook tussen projecten binnen de verbetertrajecten en andere projecten binnen Zorg voor Beter bestaan soms tegenstellingen; zo kunnen gebruik van voetenbankjes bij verhoogde toiletputten effectief zijn voor continenzorg, maar tegelijkertijd bijdragen aan valrisico's. Deze dagelijkse dilemma's zijn belangrijk; mensen op de werkvloer moeten hierin keuzes maken, dit moet een duidelijke plaats hebben in het programma.

2. Koppelingen tussen het programma en ontwikkelingen in de sector

De langdurige zorg is volop in beweging. Mede ingegeven door grote kostenstijgingen en zorgen over de kwaliteit in de afgelopen jaren is een aantal grootscheepse veranderingen ingezet. Voorbeelden hiervan zijn modernisering van de AWBZ, invoering van de WMO, nieuwe financieringssystematiek middels ZZPs, alsmede optredende fusies tussen zorgorganisaties. Certificering heeft de afgelopen jaren als kwaliteitsinstrument opgeld gedaan, hierdoor hebben organisaties te maken met toegenomen eisen aan accreditatie en is gewerkt aan het opstellen van 'normen voor verantwoorde zorg'. De aandacht die door beleidsmatige actoren geschonken wordt aan kwaliteitsontwikkeling zet organisaties wel aan tot kwaliteitsverbetering en inschrijven op een van de verbetertrajecten van Zorg voor Beter. Echter, uit onze observaties bleek dat de benodigde aandacht voor veranderingen in de sector voor veel teams hun mogelijkheden om de kwaliteit van zorg te verbeteren soms verstoorden en beperkten.

Ook de verbinding van interventies in het kader van het verbetertraject met breder kwaliteitsbeleid in de organisatie is van belang. Zo was een van de interventies rondom het eten en drinken het verplaatsen van de medicijnkarren uit de woonkamer naar de hal. De medicijnkarren pasten niet bij de nieuwe 'ambiance' en het eten mocht niet verstoord worden door toedienen van medicatie. Deze verbeteractie stond echter op gespannen voet met brandveiligheidsvoorschriften. De organisatie kreeg een waarschuwing bij de brandweerinspectie, die hen bijna het bronzen certificaat kostte.

3. Meten: essentieel voor het verbeterproces en borging

Hoewel de filosofie van de doorbraakmethode is dat teams hun eigen lokale doelen stellen en daarop ook hun eigen lokale indicatoren formuleren en meten, werden in het programma ook generieke indicatoren geformuleerd. Hierdoor konden teams zich met elkaar vergelijken en gericht blijven op het hogere doel van het verbetertraject. Hoewel het meten vaak gepresenteerd wordt als een voorwaarde voor het bepalen van resultaten en het meestal alleen de functie heeft om resultaten zichtbaar te maken, werd het in sommige verbetertrajecten echter een doel en interventie op zich om te leren meten. Als meten op zich al een vernieuwing is, blijkt het versimpelen van het meten soms nodig. In de langdurige zorg is er nog nauwelijks een meetcultuur en/of 'meetinfrastructuur', in tegenstelling tot de ziekenhuissector. Aangezien in de meeste instellingen elektronische registratie weinig plaatsvindt en ICT-faciliteiten niet altijd beschikbaar zijn voor uitvoerende medewerkers, werd de geeltjesmeting ontwikkeld (zie hoofdstuk 2). Het meten werd op deze manier concreet en 'te doen' en het bleek van essentieel belang om de aandacht van de medewerkers te richten. De 'bewustwording' van de omvang en diepte van de inhoudelijke problemen op de werkvloer wordt door de zorgverleners als een van de belangrijkste opbrengsten van de verbetertrajecten aangegeven.

Het meten heeft ook gevolgen voor het verbeterproces zelf. Zo bleek de netwerkcirkel uit het 'sociale participatie' traject niet alleen handig om veranderingen in kaart te brengen maar ook om zorgverleners en cliënten aan te moedigen over het persoonlijke netwerk van een cliënt te praten (Broer, Nieboer, en Bal 2010a). Mede daardoor betroffen verbeteracties in dit verbetertraject veel vaker het persoonlijke netwerk van cliënten dan bijvoorbeeld het sociale leven van een groep cliënten die op eenzelfde afdeling wonen (Broer e.a. 2010b). Het invullen van de netwerkcirkel leverde vaak inzicht in de wensen van cliënten op sociaal gebied. Hierdoor konden verbeteracties worden opgesteld waardoor cliënten zelf hun sociale gedrag veranderden zonder dat daarvoor nieuwe verbeteracties nodig waren. Op die manier kunnen meetinstrumenten sturen welke verbeteracties worden uitgevoerd en hoe ze worden uitgevoerd. Ze beïnvloeden hoe cliënten en zorgverleners denken over het (sociale) leven van cliënten of over het zorgprobleem in het algemeen.

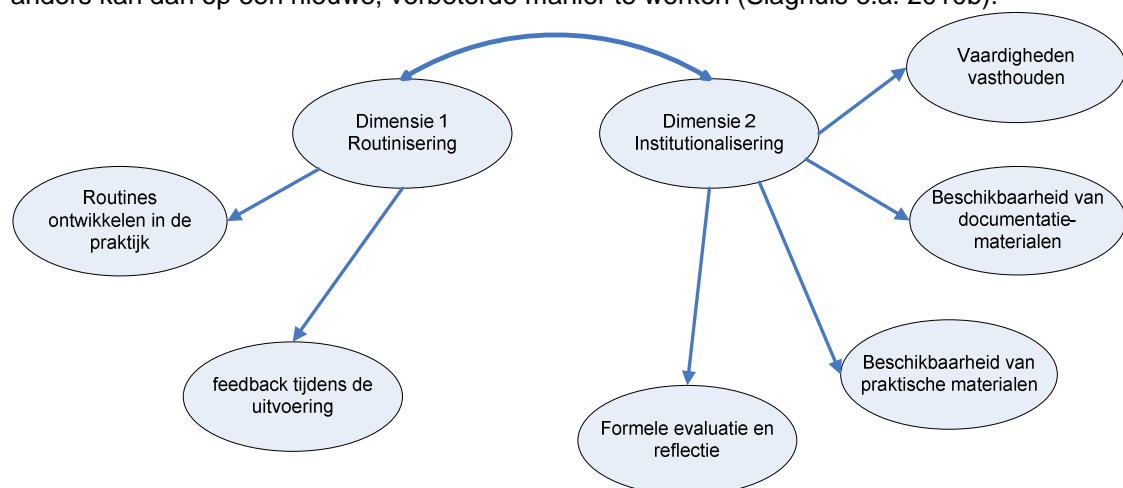
Metten beïnvloedt dus het zorgproces zelf, de interventies en het bewustzijn van de medewerkers. Daarnaast blijkt meten ook voor de langere termijn van belang voor het vasthouden van de resultaten en de veranderde manier van werken (Slaghuis e.a. 2010a). Hoe meer teams in meten investeren, hoe meer zij verbeteringen borgen in het dagelijks handelen van professionals. Door de meetprocedures op te nemen in de structuren en procedures van de organisatie, wordt de aandacht in ieder geval incidenteel weer even gericht op de onderliggende problematiek. Wanneer de metingen geïnventariseerd worden door het management (midden- of hoger kader) wordt de zo vaak ontbeerde betrokkenheid van het management bij de inhoudelijke processen vormgegeven en heeft het management weer meer mogelijkheid tot sturen en verantwoorden.

4. Wanneer is het klaar? Borgen en verspreiden

Verandering van werkrouines verloopt in kleine stappen en wordt bewerkstelligd door veel verschillende interventies op verschillende aspecten van de praktijk. Ook al is het project in formele zin afgerond, na een verbeterproject gebeurt er vaak nog een heleboel, aan verspreiding naar andere afdelingen, maar juist ook aan inbedden in de organisatie, doorontwikkelen en verder verbeteren. In dit proces beschouwen we veranderen en borgen niet als opeenvolgende losse fases. Terwijl het ene aspect wordt geborgd, wordt het andere weer veranderd, en zo verder. Daarom is een dynamisch perspectief noodzakelijk om borging te beschrijven. Leren heeft hierin ook een bijzondere plaats: verbeteren is niet alleen het toepassen van elders ontwikkelde 'best practices' maar juist ook het 'eigen maken' en doorontwikkelen daarvan.

Theorie over borging:

Het begrip borging blijkt te bestaan uit twee dimensies: *routinisering en institutionalisering* (zie figuur 1). We spreken van routinisering als een verbeterde methode van werken vastgehouden en doorontwikkeld wordt op de werkvloer. Medewerkers hebben hun eigen routines aangepast. Routines zijn echter niet eenduidig, maar kunnen variëren: als de situatie het vraagt kunnen medewerkers van de regel afwijken, terwijl zij toch de belangrijkste eisen van de methode bewaren. De tweede dimensie, institutionalisering, is het aanpassen van structuren en processen in de organisatie die het uitvoeren van de routines mogelijk maken. Zo moet ervoor gezorgd worden dat het personeel voldoende vaardigheden heeft om de nieuwe werkwijze uit te voeren, dat kennis wordt overgedragen, dat documentatie en materialen beschikbaar zijn en worden onderhouden en dat er regelmatig reflectie op de dagelijkse gang van zaken plaatsvindt. De organisatie wordt zo ingericht dat men bijna niet anders kan dan op een nieuwe, verbeterde manier te werken (Slaghuis e.a. 2010b).



Figuur 1. De twee dimensies van borging.

Goede resultaten uit het project garanderen niet dat het ook voor de langere termijn beklijft. Vaak zijn effectieve verbeteringen ingezet en in het dagelijks handelen geborgd, maar hebben deze teams niet gewerkt aan goede condities om nieuwe routines te ondersteunen.

En juist dit laatste is wel van cruciaal belang.

Het belang van materialen

Materialen spelen een belangrijke rol bij borging. Zonder materialen (variërend van weegschalen en verlaagde bedden tot antislipsokken) zijn sommige verbeteringen niet mogelijk en dat vereist van de organisatie dat zij materialen verschaft en onderhoudt. Materialen werken ook als geheugensteuntjes voor de nieuwe werkwijze. Zo herinneren de dekschalen in het Eten en Drinken project het personeel aan iets anders dan de oude borden met vakjes. De dekschalen roepen de nieuwe omgangsvormen als het ware op. Ze doen dat ook bij de cliënten: ook zij gaan eten voor elkaar opscheppen (Stoopendaal e.a. 2009).

De erfenis van het verbeterteam: Verspreiden

Bij verspreiding gaat het over informatieoverdracht maar ook om hoe er wordt ontvangen. Dat wat er verspreidt wordt, wordt niet altijd overgenomen in andere teams of locaties. Goede praktijken, beschreven in richtlijnen, protocollen of verhalen, zijn wel 'verplaatsbaar', in de zin van informatieoverdracht, maar het is de vraag of ze in een andere context tot dezelfde goede praktijken leiden.

Verspreiding van de verbeteringen betekent vooral het concretiseren van de vraag: 'Als een andere afdeling ook wil verbeteren, wat is er dan daar nodig om met de verbeteringen uit ons project aan de slag te kunnen?'. Vanuit de aanbieders, de verbeterteamleden, lijkt het vraagstuk 'verspreiding' soms alsof het gaat om het verdelen van een erfenis. De materialen en kennis uit het verbeterproject hebben heel veel waarde voor het verbeterteam, maar die waarde ziet een ander er misschien niet meteen in. Je moet op zoek naar liefhebbers (ontvangers) om te zorgen dat kostbaarheden een goede plek krijgen. Bij verspreiden van kennis over de nieuwe werkwijze ligt het voor de hand die kennis door te geven aan personen die deze op waarde kunnen schatten en kunnen gebruiken. Bijvoorbeeld door een persoonlijk begeleider, als ambassadeur, te laten vertellen aan andere persoonlijk begeleiders hoe hij/zij vraaggericht werkt of door dat te laten zien. We zien dat ook hier weer materialen een belangrijke rol spelen. Van zelf doen wordt meer geleerd dan van het lezen van de gebruikelijke handleiding of verspreidingsrapport. Het zien van een gedekte tafel is sneller dan het lezen van een beschrijvende tekst over de gedekte tafel.

Verspreiding en institutionalisering

Verspreiden vraagt ook om institutionalisering. Voorbeelden zijn het opstellen van specifieke vacature-eisen of het zorgen voor toestemming voor scholingstrajecten. Hierbij is timing cruciaal: een jaar na dato is de kennis van het verbeterteam waarschijnlijk gedeeltelijk weggezaakt en levert dat minder op dan acties tijdens of net na het project. Informeren en mee laten kijken zijn belangrijk, maar niet genoeg. Het blijkt ook noodzakelijk de gewenste verandering niet alleen aan te leren in opleidingen, maar het handelen ook ter plekke te coachen. Professionals worden enthousiast van goede resultaten en hebben daarmee ook iets om hun managers te overtuigen. Omgekeerd kan een manager ook het belang van ondersteunende condities en veranderingen legitimeren op basis van resultaten. Het doel van verspreiding blijft: zorgen dat andere teams de mix van maatregelen kunnen gaan vertalen naar hun eigen specifieke omgeving. Dat is dé uitdaging voor veranderaars in organisaties in de langdurige zorg.

5. De positie van de cliënt

Cliëntenparticipatie in het verbeterproces

In de eerste verbetertrajecten was een opdracht om het verbeterteam zo samen te stellen dat er ook een cliënt lid was van het team. Al snel bleek deze vorm van cliëntenparticipatie moeilijk te realiseren. Cliënten namen slechts sporadisch deel aan de verbeterteams en waren niet of weinig aanwezig op de conferenties. De cliënten die er wel bij waren voelden zich niet altijd prettig in deze rol. Sommige teams gingen daarom, mede gestimuleerd door de oproep daartoe in de conferenties en de aangereikte methoden, op zoek naar andere soms verrassende en vindingrijke vormen om toch de inbreng van cliënten in het verbeterproces mee te nemen (Strating e.a. 2008).

In Zorg voor Beter Plus is cliëntenparticipatie extra benadrukt omdat duidelijk was dat dit voor de teams niet altijd makkelijk of natuurlijk was. Er zijn hulpmiddelen ontwikkeld en getest, men heeft durven experimenteren met verschillende vormen van participatie, zoals een buddysysteem, fotoscanning, of door het voeren van dialoog met cliënten. Duidelijk werd dat cliëntenparticipatie verschillende vormen kan krijgen, maar dat het actief georganiseerd moet worden, het ontstaat niet vanzelf.

Cliëntenparticipatie en autonomie in het primaire proces

Ook cliëntenparticipatie en autonomie nemen in het primaire proces van de dagelijkse zorgverlening verschillende vormen aan. Het zoeken naar vormen van keuzevrijheid, zeggenschap en autonomie van cliënten is niet alleen in de verbetertrajecten en in Plus te zien, maar in de GGZ-verbetertrajecten. Op vier verschillende manieren wordt invulling gegeven aan het begrip 'autonomie'. Ten eerste worden cliënten aangemoedigd om zelf initiatief te nemen, zonder hen daartoe te dwingen. Professionals doen een stap opzij en zorgen er voor dat niets het eigen initiatief van cliënten belemmert. Ten tweede kunnen professionals een meer actieve rol innemen bij het vormgeven van de wensen van de cliënt. Vooral wanneer cliënten aangeven geen of onwenselijke wensen te hebben (bijvoorbeeld omdat ze slecht zijn voor de gezondheid) gebeurt dit. Een derde manier komt voort uit het thema zelfstandigheid. Cliënten worden gestimuleerd en getraind om op zichzelf te wonen, zelfstandig te zijn en zo 'normaal' mogelijk te leven. De vierde benadering van autonomie is gericht op het gelijkwaardiger maken van de relatie tussen cliënt en professional. Het idee is dat er minder gefocust zou moeten worden op problemen dan op mogelijkheden van cliënten. De kunst voor professionals is steeds af te wegen welk type autonomie past en hoe dat in te passen is in het dagelijks leven en het professionele handelen (Broer, Nieboer en Bal 2010c).

6. Management en leiderschap

De eerste evaluatie van ZvB leverde het inzicht op dat de meeste verbeterprojecten niet sterk gekoppeld waren aan management agenda's en issues hetgeen de effectiviteit van de trajecten negatief bleek te beïnvloeden (Strating e.a. 2008). Waar het programma Zorg voor Beter sterk inzet op kwaliteitsbeleid en innovatie, is het opvallend dat meer *managerial* waarden zoals efficiëntie, kosteneffectiviteit, alsook de belangrijke contextuele veranderingen grotendeels ontbraken in de eerste verbetertrajecten van het programma. Hogere managementlagen participeerden nauwelijks in de teams en ook bij de uitvoering van het project ervoeren teams over het algemeen een gebrek aan management support vanuit hun eigen instelling. Managementbetrokkenheid wordt door de deelnemende organisaties cruciaal geacht voor het resultaat van de verbetertrajecten, met name voor een organisatiebrede verandering is de instemming en het draagvlak van het managementteam nodig.

Daarnaast bleek dat de reguliere verbetertrajecten beperkt bleven tot de pilot afdelingen. Uit onze tussenevaluatie bleek dat slechts 37% van de projectleiders aangaf dat de nieuwe werkmethoden rondom het verbeterthema ook op andere afdelingen was verspreid. Slechts 27% gaf aan dat de verbetermethodiek met o.a. werken volgens PDSA op andere afdelingen was verspreid. Managementbetrokkenheid, verspreiding en borging van de verbeteringen werden naast cliëntenparticipatie speerpunt in het Zorg voor Beter Plus project dat in vervolg op het initiële project startte in 2008. Plus richtte zich op de hele organisatie, dat wil zeggen op een eenheid (dat kon een gehele organisatie, of een locatie of cluster zijn) aangestuurd door een eindverantwoordelijke. Van deze manager of bestuurder werd instemming met het project en betrokkenheid verwacht, alsmede deelname aan de georganiseerde *conference calls* en bestuurdersbijeenkomsten. Het Zorg voor beter plus programma was groter van omvang, en kende een grotere diversiteit, waardoor de begeleiding noodzakelijkerwijs meer op afstand werd georganiseerd.

Opmerkelijk was dat het ook in Zorg voor Beter Plus lastig bleek de werelden van managers en zorgverleners te 'bedienen' en een voor beide partijen interessant genoeg programma te bieden. Gedurende de conferenties waar ca. 150 mensen bijeenkwamen werden op de eerste dag vooral de projectleiders en coördinatoren uitgenodigd en op de tweede dag schoven de verbeterteamleden aan. De projectleiders die vaak verschillende verbeterteams aanstuurden werden geschoold in procesmatige of meer managerial issues zoals projectmanagement, leerstrategieën, implementatie, communicatie, verspreiden en

borgen. De verbeterteamleden bestudeerden vooral de thematische 'inhoudelijke' problematiek in de directe zorg, zij werkten aan (nul) meting en analyse (interne oriëntatie) van deze problemen om daarna planmatig gesitueerde verbeteringen toe te kunnen passen. Zo bleven werelden van managers en zorgverleners ook hier enigszins gescheiden.

Vormen van management

Het hogere managementkader is ook in Plus vooral betrokken geweest bij het initiëren en in gang zetten van de trajecten in de organisaties, maar uiteindelijk werd de daadwerkelijke leiding aan de uitvoering van het traject gedelegeerd naar het lager managementkader. Aan het einde van de trajecten waren hogere managers weer aanwezig in een hoofdrol bij het presenteren van de resultaten. Door hun presentaties werd de procesmatige dynamiek van de trajecten 'ingepakt' en gemaakt tot 'verhalen van goede praktijken'. De ervaringen en praktijken worden daardoor verplaatsbaar en daardoor te verspreiden. Hogere managers reizen meer door de organisaties dan het lagere kader, zo verspreiden zij de verhalen.

Ook het managen van verbeterprocessen kan verschillende vormen aannemen. Voor sommige thema's werkt een meer sturende stijl van leiderschap, waarbij doelmatigheidsprykkels (mede) een belangrijke drijfveer voor innovatie kunnen zijn, terwijl andere thema's – zoals preventie seksueel misbruik – juist om een meer op veiligheid gerichte wijze van aansturing vragen. Maar managen gaat ook om personeelsbeleid, coördinatie, controle en reputatiemanagement (relatie met Inspectie voor de Gezondheidszorg). Om veranderprocessen in en door te zetten is vooral *direct leiderschap* op de werkvloer van belang. Het gaat in de verbeterprocessen om het aansturen van veranderprocessen, maar juist ook om schijnbaar kleine dingen: 'the devil is in the detail'.

Klassieke 'kloven' die er bestaan tussen management en werkvloer worden in Zorg voor Beter enerzijds overbrugd, maar anderzijds ook in stand gehouden. Zowel managers als medewerkers zijn in hun eigen werk bezig met het zoeken naar een praktische invulling van verschillende en vaak tegenstrijdig lijkende concepten van 'goede zorg'. Als cliënten vrijer wonen, kan er meer onveiligheid ontstaan, net als wanneer cliënten gestimuleerd worden om zelfstandig te gaan koken. Maar deze tegenstrijdigheden van veiligheid en vrijheid zijn zowel terug te vinden in de beslissingen van bestuurders over het ontwerp van gebouwen, als ook in dagelijkse beslissingen van medewerkers van de werkvloer over hoe zij de zorg aan individuele cliënten invulling geven. Zowel medewerkers als managers zijn op zoek naar 'goede alternatieven' die schijnbaar tegenstrijdige waarden kunnen verenigen (Stoopendaal 2010).

7. Conclusie

Zorg voor Beter heeft een landelijke beweging in gang gezet. Het succes daarvan kan gevonden worden in koppelingen tussen de inhoud en verandermethode. In de evaluatie van Zorg voor Beter stuiten wij natuurlijk op nieuwe vragen: *Wat zijn* effecten eigenlijk, en hoe meetbaar kunnen die gemaakt worden, rekening houdend met 'verschuivende doelen' en inherente tegenstrijdigheden.

De evaluatie leidt tot een scala aan wetenschappelijke inzichten, maar vooral ook tot beleids- en praktijkrelevante ervaringen en uitkomsten waarvan wij verwachten (en hopen) dat die in nieuw op te zetten verbetertrajecten of richtlijnen verwerkt zullen worden. Deze betreffen het wel of niet aangetoonde nut van verbetertrajecten in de aangeboden thema's, de bevinding dat investeren in meetbaarheid van kwaliteitsverbetering loont en dat managementparticipatie in kwaliteitsverbetering noodzakelijk is. Waar het omgaan met inhoudelijke dilemma's en de borging en verspreiding van verbeteringen betreft; dat aantoonbare kostenreductie als gevolg van kwaliteitsverbetering slechts ten aanzien van een klein deel van de projecten mogelijk is; en dat cliëntenparticipatie verschillende vormen heeft.

Vervolgprojecten kunnen gericht worden op de onderwerpen die redelijk tot goed hebben voldaan aan de programmadoelstellingen, maar ook op nieuwe onderwerpen die naar voren komen uit het innovatie- en ontwikkelgedeelte van het Zorg voor Beter programma (hier niet verder toegelicht). In vervolgprogramma's dient aandacht te worden besteed aan: het meetbaar maken van de effecten van interventies op cliënt niveau ('meten is beïnvloeden') en het stellen van ambitieuze maar haalbare en meetbare doelen. Verder experimenteren met vormen van cliëntenparticipatie is relevant, maar kan het beste plaats hebben in het

zorgproces. Zorgorganisaties zouden geholpen kunnen worden met het directer benutten van cliëntenervaringen, zoals gemeten in de CQ-index.

Voorts zou, op basis van de huidige inzichten beter onderbouwd aandacht kunnen worden besteed aan borging en verspreiding van verbeteringen. Het gaat hierbij om zowel routinisering als institutionalisering. Voortgang van kwaliteitsprogramma's zoals Zorg voor Beter kan effectiever zijn als door ondermeer een nadrukkelijker koppeling te maken naar overige ontwikkelingen in de sector (financiering, accreditatie, nieuwe organisatievormen etc.). Als daarnaast nadrukkelijker een link wordt gelegd tussen zorginhoud en overige elementen in de bedrijfsvoering, is er voor bestuurders en managers een duidelijker rol weggelegd in het initiëren, borgen en verspreiden van kwaliteitsverbetering. Inherent tegenstrijdigheden tussen inhoudelijke thema's, tussen verschillende waarden als ook tussen interne en externe eisen zijn uitnodigingen om alternatieven voor 'goede zorg' te zoeken. Managementwaarden en ervarings- en expertkennis zullen in deze voortgaande zoektocht naar de inhoud van 'goede zorg' gezamenlijk leidend moeten zijn.

Bij verbeteren, borgen en verspreiden heeft leren een bijzondere plaats: verbeteren is niet alleen het toepassen van elders ontwikkelde 'best practices' maar juist het 'eigen maken' en doorontwikkelen daarvan.

Rest het ons op te merken dat verbeteringen in de langdurige zorg investeringen en continue aandacht vergen van zowel uitvoerenden als beleidsmakers. Ervaringen zoals opgedaan in het Zorg voor Beter (Plus) traject moeten niet alleen in de uitvoering van zorg maar ook op beleidsmatig niveau worden geborgd en –in dezelfde of in verbeterde vorm- worden gecontinueerd. Ook op beleidsmatig niveau wordt namelijk van deze projecten geleerd. Er moet naast een projectmatige ook een structurele –niet op projecten- gebaseerde beleidsmatige infrastructuur opgezet worden. Verbeteren van zorg is een voortdurend en voortgaand proces en daardoor nooit af.

Literatuur

Broer T, Nieboer A, Bal R 2010 (a). Opening the black box of quality improvement collaboratives: an Actor-Network Theory approach. *BMC Health Services Research* 2010, 10:265.

Broer T, Nieboer A, Strating M, Michon H, Bal R 2010 (b). Constructing the social: an evaluation study of the outcomes and processes of a 'social participation' improvement project. Revisie ingediend bij: *Journal of Psychiatric and Mental health nursing*.

Broer T, Nieboer A, Bal R 2010 (c). Quest for cliënt autonomy in improving (long term) mental health care. Geaccepteerd voor publicatie in: *International Journal of Mental health nursing*.

Makai P, Koopmanschap M, Bal R, Nieboer A 2010. Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. *BMC Cost-Effectiveness and Resource Allocation* 8:11.

Slaghuis SS, Strating M, Bal R, and Nieboer A. 2010 (a). Measuring and monitoring the improvement process for sustainability of change in health care practices. Revisie ingediend bij: *Implementation Science*.

Slaghuis SS, Strating M, Bal R, Nieboer A. 2010 (b). Beyond the Frontiers of Effectiveness: A Framework and a Measurement Instrument for Sustainability of Work Practices. Ingediend bij *BMC Health Services Research*.

Stoopendaal A. 2010. Different kind of gaps: policy and practice of falls prevention. How to use ANT to analyze gaps in the implementation of quality improvements in long term health care, congres paper.

Stoopendaal A, Strating M, Mostert H, Zuiderent-Jerak T, Nieboer A, and Bal A 2009. Borgen in praktijk. Het Eten en Drinken traject in Zorg voor Beter. *TvZ* 119 (10):17-21.

Strating M, Nieboer A, Zuiderent-Jerak T, and Bal R 2010. Creating effective quality improvement collaboratives: a multiple case study, congres paper.

Strating M, Zuiderent-Jerak T, Nieboer A, and Bal R 2008. Evaluating the Care for Better collaborative. Results of the first year of evaluation. Rotterdam: Dept. of Health Policy and Management.

De weg naar duurzame kwaliteit in de langdurige zorg? Evaluatie van het programma

Mathilde Strating, Annemiek Stoopendaal, Sarah Slaghuis, Tineke Broer, Anna Nieboer en Roland Bal.

Definitieve versie 1 december 2010

Als we *iets* over het resultaat van Zorg voor Beter zouden kunnen zeggen dan is het wel het uitdijende karakter. Qua opzet, doel en grootschaligheid is Zorg voor Beter een uniek programma en heeft het de kwaliteit van de langdurige zorg onmiskenbaar op de agenda heeft gezet.

Een jaar na de start van Zorg voor Beter werd in opdracht van ZonMw een evaluatietraject in gang gezet door het instituut voor Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG). Het evaluatieonderzoek is gericht op onderzoeksvragen zoals: Wat zijn de resultaten van de projecten? Hoe kunnen we het succes (of falen) van de verschillende trajecten verklaren? Wat is de invloed van contextuele factoren en financiering? Hoe worden thema's als autonomie, keuzevrijheid van cliënten en betrokkenheid van het management vormgegeven in het programma (Strating e.a. 2008)? Wij maakten gebruik van zowel kwantitatieve (vragenlijsten voor cliënten, medewerkers en teamleiders) als kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals observaties van conferenties en case studies in de deelnemende organisaties.

In dit hoofdstuk reflecteren wij op thema's zoals de resultaten (voor zowel cliënten als deelnemende organisaties), de koppeling met ontwikkelingen in de sector, de functie van het meten en het vasthouden en verspreiden van verbeteringen en nieuwe werkmethoden. In de laatste paragrafen beschrijven wij hoe in het programma en in de deelnemende teams aandacht is besteed aan de thema's cliëntenparticipatie en managementbetrokkenheid..

1. Wat heeft Zorg voor Beter opgeleverd?

Wat Zorg voor Beter heeft opgeleverd is niet in één zin te vatten, maar is afhankelijk van wat je als resultaat definieert en voor wie. In het evaluatieonderzoek hebben we onderzocht in hoeverre het programma effectief is gebleken op zorginhoudelijke indicatoren, of de verbetertrajecten kosteneffectief zijn, maar ook of cliënten nu positievere ervaringen hebben met de zorgverlening.

Een van de belangrijkste doelstellingen was dat minstens 70% van de instellingen die deelnamen aan een verbetertraject een aantoonbare verbetering realiseerden. Voor elk thema is een specifieke doelstelling en zijn indicatoren geformuleerd om de voortgang in kaart te brengen en te kijken of doelstellingen werden behaald. Onze evaluatie laat zien dat lang niet in elk verbetertraject en op elk thema deze doelstelling van 70% gehaald wordt. Het thema waarop verbeterd wordt, is zeker van invloed op het behaalde effect. In de trajecten eten en drinken en valpreventie bijvoorbeeld, is de effectiviteit beter zichtbaar dan in de trajecten probleemgedrag of preventie seksueel misbruik. Voor deze laatste twee is het lastiger geweest om cijfermatig aan te tonen wat de interventies hebben opgeleverd voor cliënten, maar heeft het verbetertraject wel bijgedragen aan verdere ontwikkeling van interventies, producten en instrumenten. Over het algemeen kan gezegd worden dat er verbetering op gang is gekomen, maar er is zeker nog ruimte voor verdere kwaliteitsontwikkeling.

De Doorbraakmethode

De doorbraakmethode met de PDSA-cyclus heeft goed gewerkt. Op conferenties geven zorgprofessionals aan dat ze wel gewend zijn hun zorgverlening te verbeteren en verschillende aanpakken uit te proberen. Zij waren alleen niet gewend dit op een dergelijke gestructureerde wijze te doen. De PDSA benadering wordt in het Zorg voor Beter programma gebruikt om 'het innoveren' tot iets 'gewoons' te maken en tot iets wat 'te doen is'. Maar de

meest productieve interacties op de werkconferenties ontstonden als verbetermethode en zorginhoud dicht bij elkaar bleven. Om de 'verbetermethode' goed te laten werken, is het noodzakelijk dat projectleiders en kernteamleden ook goed geïnformeerd zijn over de inhoud van het verbeterthema. De verbetersteams zijn enthousiast over de inhoudelijke en methodologische ondersteuning; de doorbraakmethode in combinatie met inhoudelijke kennisoverdracht en inzicht in goede praktijken geeft hen de mogelijkheid het verbeterproces in de eigen situatie toe te passen (Strating 2008, p.46).

Doelen stellen

Per verbeterthema zijn verbeterdoelen geformuleerd. Door de verschillende uitgangspunten van de organisaties zijn projectspecifieke doelen vaak opnieuw gedefinieerd. Zo was de doelstelling bij medicatieveiligheid het aantal medicatiefouten terug dringen. Een van de deelnemende teams stelde echter dat hun doel juist zou moeten zijn meer meldingen van medicatiefouten. Dergelijke doelverschuivingen brachten verschillende interventies met zich mee die afweken van de projectspecifieke doelstellingen. Mede hierdoor blijft het voor projectleiders en onderzoekers een zoektocht om inzichtelijk te krijgen hoe er op verschuivende doelen gepresteerd wordt. Wel is meten heel belangrijk voor verbeteren: als problemen zichtbaar worden, ontstaat er meer verbeteractiviteit. Ook bij doelverschuivingen is het belangrijk de nieuwe doelen te blijven meten.

Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit van interventies kon slechts bij een beperkt aantal verbetertrajecten worden onderzocht (decubitus, medicatieveiligheid en vallen). Een belangrijke reden hiervoor is het geringe kostenbewustzijn zowel bij medewerkers als bij managers in de langdurige zorg. Daarnaast is daar (behalve in Plus waar managers getraind werden in het maken van een business case en in medicatieveiligheid waar een overall business case is gemaakt), ook door Vilans weinig mee gedaan. Voor decubitus geldt dat het project zelf niet leidt tot kosteneffectieve terugdringing van doorligwonden. Op langere termijn kan deze terugdringing wel kosteneffectief worden, maar alleen als de ingezette verbeteringen ook worden vastgehouden (Makai e.a. 2010). De verklaring voor deze 'uitgestelde kosteneffectiviteit' is waarschijnlijk dat besparingen als gevolg van het voorkomen van decubitus in de V&V sector en thuiszorg, anders dan bijvoorbeeld in ziekenhuizen, slechts leiden tot marginale besparingen, terwijl wel forse investeringen noodzakelijk zijn. Voor medicatiefouten kon kosteneffectiviteit, gezien de grote variëteit aan uitkomsten en de lastige koppeling tussen het voorkomen van medicatiefouten en uitkomsten op cliëntniveau, niet worden vastgesteld. De indruk bestaat echter dat kosteneffectiviteit hier niet wordt bereikt. Veelal gaat het om het niet op het juiste tijdstip toedienen van medicatie of het niet aftekenen van medicatielijsten. De investering in het voorkomen van dit type fouten zal naar verwachting niet direct zichtbaar zijn in besparingen. Ook voor een onderwerp als probleemgedrag is het niet aannemelijk dat de interventies kosteneffectief zijn. Dat is anders voor het voorkomen van valincidenten; hier is duidelijker aan te geven welke kosten je kunt besparen (heupoperatie, ziekenhuisopname etc.) en wel aannemelijk dat uitgevoerde verbeteracties ook kosteneffectief zijn.

Cliëntervaringen

In de verbetertrajecten probleemgedrag, medicatieveiligheid en valpreventie hebben cliënten hun mening gegeven over de zorg. Hiervoor is een selectie van vragen uit de Consumer Quality (CQ) Index vragenlijst gebruikt. De resultaten laten positieve veranderingen zien. Cliënten geven aan na afloop van het verbetertraject meer tevreden te zijn en hebben positievere ervaringen met de ontvangen zorg. Overigens is er soms sprake van tegengestelde resultaten; zo kunnen positieve uitkomsten op uitkomstindicatoren gepaard gaan met een verslechtering van cliëntervaringen en andersom.

Ter illustratie, wie goed wil scoren op de CQ-index doet er beter aan, te werken aan zeggenschap of probleemgedrag dan aan valpreventie. Cliënten worden namelijk niet minder angstig als er veel aandacht is voor risico's, terwijl meedoen aan een valpreventieproject wel leidt tot minder valincidenten. Ook tussen projecten binnen de verbetertrajecten en andere projecten binnen Zorg voor Beter bestaan soms tegenstellingen; zo kunnen gebruik van voetenbankjes bij verhoogde toiletputten effectief zijn voor continenzorg, maar tegelijkertijd bijdragen aan valrisico's. Deze dagelijkse dilemma's zijn belangrijk; mensen op de werkvloer moeten hierin keuzes maken, dit moet een duidelijke plaats hebben in het programma.

2. Koppelingen tussen het programma en ontwikkelingen in de sector

De langdurige zorg is volop in beweging. Mede ingegeven door grote kostenstijgingen en zorgen over de kwaliteit in de afgelopen jaren is een aantal grootscheepse veranderingen ingezet. Voorbeelden hiervan zijn modernisering van de AWBZ, invoering van de WMO, nieuwe financieringssystematiek middels ZZPs, alsmede optredende fusies tussen zorgorganisaties. Certificering heeft de afgelopen jaren als kwaliteitsinstrument opgeld gedaan, hierdoor hebben organisaties te maken met toegenomen eisen aan accreditatie en is gewerkt aan het opstellen van 'normen voor verantwoorde zorg'. De aandacht die door beleidsmatige actoren geschonken wordt aan kwaliteitsontwikkeling zet organisaties wel aan tot kwaliteitsverbetering en inschrijven op een van de verbetertrajecten van Zorg voor Beter. Echter, uit onze observaties bleek dat de benodigde aandacht voor veranderingen in de sector voor veel teams hun mogelijkheden om de kwaliteit van zorg te verbeteren soms verstoorden en beperkten.

Ook de verbinding van interventies in het kader van het verbetertraject met breder kwaliteitsbeleid in de organisatie is van belang. Zo was een van de interventies rondom het eten en drinken het verplaatsen van de medicijnkarren uit de woonkamer naar de hal. De medicijnkarren pasten niet bij de nieuwe 'ambiance' en het eten mocht niet verstoord worden door toedienen van medicatie. Deze verbeteractie stond echter op gespannen voet met brandveiligheidsvoorschriften. De organisatie kreeg een waarschuwing bij de brandweerinspectie, die hen bijna het bronzen certificaat kostte.

3. Meten: essentieel voor het verbeterproces en borging

Hoewel de filosofie van de doorbraakmethode is dat teams hun eigen lokale doelen stellen en daarop ook hun eigen lokale indicatoren formuleren en meten, werden in het programma ook generieke indicatoren geformuleerd. Hierdoor konden teams zich met elkaar vergelijken en gericht blijven op het hogere doel van het verbetertraject. Hoewel het meten vaak gepresenteerd wordt als een voorwaarde voor het bepalen van resultaten en het meestal alleen de functie heeft om resultaten zichtbaar te maken, werd het in sommige verbetertrajecten echter een doel en interventie op zich om te leren meten. Als meten op zich al een vernieuwing is, blijkt het versimpelen van het meten soms nodig. In de langdurige zorg is er nog nauwelijks een meetcultuur en/of 'meetinfrastructuur', in tegenstelling tot de ziekenhuissector. Aangezien in de meeste instellingen elektronische registratie weinig plaatsvindt en ICT-faciliteiten niet altijd beschikbaar zijn voor uitvoerende medewerkers, werd de geeltjesmeting ontwikkeld (zie hoofdstuk 2). Het meten werd op deze manier concreet en 'te doen' en het bleek van essentieel belang om de aandacht van de medewerkers te richten. De 'bewustwording' van de omvang en diepte van de inhoudelijke problemen op de werkvloer wordt door de zorgverleners als een van de belangrijkste opbrengsten van de verbetertrajecten aangegeven.

Het meten heeft ook gevolgen voor het verbeterproces zelf. Zo bleek de netwerkcirkel uit het 'sociale participatie' traject niet alleen handig om veranderingen in kaart te brengen maar ook om zorgverleners en cliënten aan te moedigen over het persoonlijke netwerk van een cliënt te praten (Broer, Nieboer, en Bal 2010a). Mede daardoor betroffen verbeteracties in dit verbetertraject veel vaker het persoonlijke netwerk van cliënten dan bijvoorbeeld het sociale leven van een groep cliënten die op eenzelfde afdeling wonen (Broer e.a. 2010b). Het invullen van de netwerkcirkel leverde vaak inzicht in de wensen van cliënten op sociaal gebied. Hierdoor konden verbeteracties worden opgesteld waardoor cliënten zelf hun sociale gedrag veranderden zonder dat daarvoor nieuwe verbeteracties nodig waren. Op die manier kunnen meetinstrumenten sturen welke verbeteracties worden uitgevoerd en hoe ze worden uitgevoerd. Ze beïnvloeden hoe cliënten en zorgverleners denken over het (sociale) leven van cliënten of over het zorgprobleem in het algemeen.

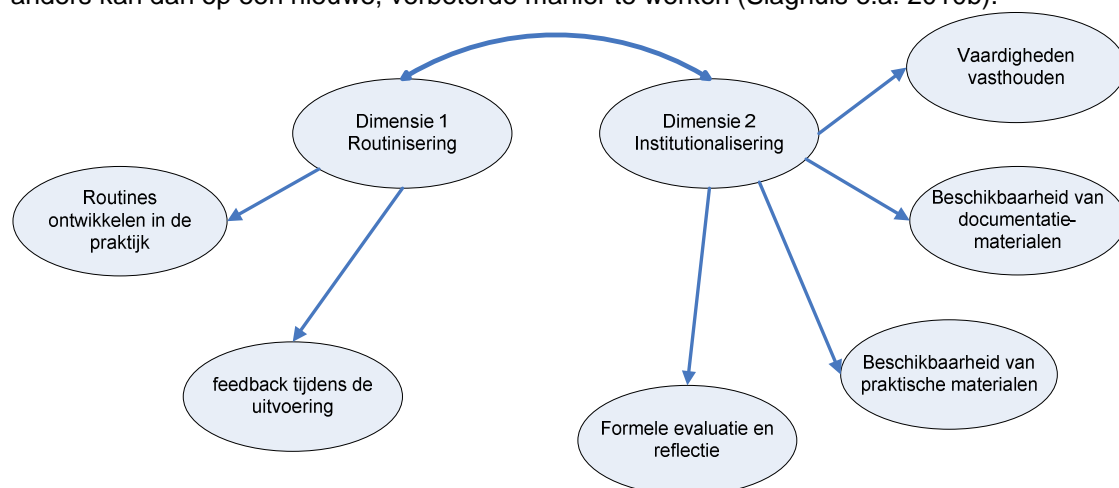
Meten beïnvloedt dus het zorgproces zelf, de interventies en het bewustzijn van de medewerkers. Daarnaast blijkt meten ook voor de langere termijn van belang voor het vasthouden van de resultaten en de veranderde manier van werken (Slaghuis e.a. 2010a). Hoe meer teams in meten investeren, hoe meer zij verbeteringen borgen in het dagelijks handelen van professionals. Door de meetprocedures op te nemen in de structuren en procedures van de organisatie, wordt de aandacht in ieder geval incidenteel weer even gericht op de onderliggende problematiek. Wanneer de metingen geïnventariseerd worden door het management (midden- of hoger kader) wordt de zo vaak ontbeerde betrokkenheid van het management bij de inhoudelijke processen vormgegeven en heeft het management weer meer mogelijkheid tot sturen en verantwoorden.

4. Wanneer is het klaar? Borgen en verspreiden

Verandering van werkrouines verloopt in kleine stappen en wordt bewerkstelligd door veel verschillende interventies op verschillende aspecten van de praktijk. Ook al is het project in formele zin afgerond, na een verbeterproject gebeurt er vaak nog een heleboel, aan verspreiding naar andere afdelingen, maar juist ook aan inbedden in de organisatie, doorontwikkelen en verder verbeteren. In dit proces beschouwen we veranderen en borgen niet als opeenvolgende losse fases. Terwijl het ene aspect wordt geborgd, wordt het andere weer veranderd, en zo verder. Daarom is een dynamisch perspectief noodzakelijk om borging te beschrijven. Leren heeft hierin ook een bijzondere plaats: verbeteren is niet alleen het toepassen van elders ontwikkelde 'best practices' maar juist ook het 'eigen maken' en doorontwikkelen daarvan.

Theorie over borging:

Het begrip borging blijkt te bestaan uit twee dimensies: *routinisering en institutionalisering* (zie figuur 1). We spreken van routinisering als een verbeterde methode van werken vastgehouden en doorontwikkeld wordt op de werkvloer. Medewerkers hebben hun eigen routines aangepast. Routines zijn echter niet eenduidig, maar kunnen variëren: als de situatie het vraagt kunnen medewerkers van de regel afwijken, terwijl zij toch de belangrijkste eisen van de methode bewaren. De tweede dimensie, institutionalisering, is het aanpassen van structuren en processen in de organisatie die het uitvoeren van de routines mogelijk maken. Zo moet ervoor gezorgd worden dat het personeel voldoende vaardigheden heeft om de nieuwe werkwijze uit te voeren, dat kennis wordt overgedragen, dat documentatie en materialen beschikbaar zijn en worden onderhouden en dat er regelmatig reflectie op de dagelijkse gang van zaken plaatsvindt. De organisatie wordt zo ingericht dat men bijna niet anders kan dan op een nieuwe, verbeterde manier te werken (Slaghuis e.a. 2010b).



Figuur 1. De twee dimensies van borging.

Goede resultaten uit het project garanderen niet dat het ook voor de langere termijn beklijft. Vaak zijn effectieve verbeteringen ingezet en in het dagelijks handelen geborgd, maar hebben deze teams niet gewerkt aan goede condities om nieuwe routines te ondersteunen.

En juist dit laatste is wel van cruciaal belang.

Het belang van materialen

Materialen spelen een belangrijke rol bij borging. Zonder materialen (variërend van weegschalen en verlaagde bedden tot antislipsokken) zijn sommige verbeteringen niet mogelijk en dat vereist van de organisatie dat zij materialen verschaft en onderhoudt. Materialen werken ook als geheugensteuntjes voor de nieuwe werkwijze. Zo herinneren de dekschalen in het Eten en Drinken project het personeel aan iets anders dan de oude borden met vakjes. De dekschalen roepen de nieuwe omgangsvormen als het ware op. Ze doen dat ook bij de cliënten: ook zij gaan eten voor elkaar opscheppen (Stoopendaal e.a. 2009).

De erfenis van het verbeterteam: Verspreiden

Bij verspreiding gaat het over informatieoverdracht maar ook om hoe er wordt ontvangen. Dat wat er verspreidt wordt, wordt niet altijd overgenomen in andere teams of locaties. Goede praktijken, beschreven in richtlijnen, protocollen of verhalen, zijn wel 'verplaatsbaar', in de zin van informatieoverdracht, maar het is de vraag of ze in een andere context tot dezelfde goede praktijken leiden.

Verspreiding van de verbeteringen betekent vooral het concretiseren van de vraag: 'Als een andere afdeling ook wil verbeteren, wat is er dan daar nodig om met de verbeteringen uit ons project aan de slag te kunnen?'. Vanuit de aanbieders, de verbeterteamleden, lijkt het vraagstuk 'verspreiding' soms alsof het gaat om het verdelen van een erfenis. De materialen en kennis uit het verbeterproject hebben heel veel waarde voor het verbeterteam, maar die waarde ziet een ander er misschien niet meteen in. Je moet op zoek naar liefhebbers (ontvangers) om te zorgen dat kostbaarheden een goede plek krijgen. Bij verspreiden van kennis over de nieuwe werkwijze ligt het voor de hand die kennis door te geven aan personen die deze op waarde kunnen schatten en kunnen gebruiken. Bijvoorbeeld door een persoonlijk begeleider, als ambassadeur, te laten vertellen aan andere persoonlijk begeleiders hoe hij/zij vraaggericht werkt of door dat te laten zien. We zien dat ook hier weer materialen een belangrijke rol spelen. Van zelf doen wordt meer geleerd dan van het lezen van de gebruikelijke handleiding of verspreidingsrapport. Het zien van een gedekte tafel is sneller dan het lezen van een beschrijvende tekst over de gedekte tafel.

Verspreiding en institutionalisering

Verspreiden vraagt ook om institutionalisering. Voorbeelden zijn het opstellen van specifieke vacature-eisen of het zorgen voor toestemming voor scholingstrajecten. Hierbij is timing cruciaal: een jaar na dato is de kennis van het verbeterteam waarschijnlijk gedeeltelijk weggezaakt en levert dat minder op dan acties tijdens of net na het project. Informeren en mee laten kijken zijn belangrijk, maar niet genoeg. Het blijkt ook noodzakelijk de gewenste verandering niet alleen aan te leren in opleidingen, maar het handelen ook ter plekke te coachen. Professionals worden enthousiast van goede resultaten en hebben daarmee ook iets om hun managers te overtuigen. Omgekeerd kan een manager ook het belang van ondersteunende condities en veranderingen legitimeren op basis van resultaten. Het doel van verspreiding blijft: zorgen dat andere teams de mix van maatregelen kunnen gaan vertalen naar hun eigen specifieke omgeving. Dat is dé uitdaging voor veranderaars in organisaties in de langdurige zorg.

5. De positie van de cliënt

Cliëntenparticipatie in het verbeterproces

In de eerste verbetertrajecten was een opdracht om het verbeterteam zo samen te stellen dat er ook een cliënt lid was van het team. Al snel bleek deze vorm van cliëntenparticipatie moeilijk te realiseren. Cliënten namen slechts sporadisch deel aan de verbeterteams en waren niet of weinig aanwezig op de conferenties. De cliënten die er wel bij waren voelden zich niet altijd prettig in deze rol. Sommige teams gingen daarom, mede gestimuleerd door de oproep daartoe in de conferenties en de aangereikte methoden, op zoek naar andere soms verrassende en vindingrijke vormen om toch de inbreng van cliënten in het verbeterproces mee te nemen (Strating e.a. 2008).

In Zorg voor Beter Plus is cliëntenparticipatie extra benadrukt omdat duidelijk was dat dit voor de teams niet altijd makkelijk of natuurlijk was. Er zijn hulpmiddelen ontwikkeld en getest, men heeft durven experimenteren met verschillende vormen van participatie, zoals een buddysysteem, fotoscanning, of door het voeren van dialoog met cliënten. Duidelijk werd dat cliëntenparticipatie verschillende vormen kan krijgen, maar dat het actief georganiseerd moet worden, het ontstaat niet vanzelf.

Cliëntenparticipatie en autonomie in het primaire proces

Ook cliëntenparticipatie en autonomie nemen in het primaire proces van de dagelijkse zorgverlening verschillende vormen aan. Het zoeken naar vormen van keuzevrijheid, zeggenschap en autonomie van cliënten is niet alleen in de verbetertrajecten en in Plus te zien, maar in de GGZ-verbetertrajecten. Op vier verschillende manieren wordt invulling gegeven aan het begrip 'autonomie'. Ten eerste worden cliënten aangemoedigd om zelf initiatief te nemen, zonder hen daartoe te dwingen. Professionals doen een stap opzij en zorgen er voor dat niets het eigen initiatief van cliënten belemmert. Ten tweede kunnen professionals een meer actieve rol innemen bij het vormgeven van de wensen van de cliënt. Vooral wanneer cliënten aangeven geen of onwenselijke wensen te hebben (bijvoorbeeld omdat ze slecht zijn voor de gezondheid) gebeurt dit. Een derde manier komt voort uit het thema zelfstandigheid. Cliënten worden gestimuleerd en getraind om op zichzelf te wonen, zelfstandig te zijn en zo 'normaal' mogelijk te leven. De vierde benadering van autonomie is gericht op het gelijkwaardiger maken van de relatie tussen cliënt en professional. Het idee is dat er minder gefocust zou moeten worden op problemen dan op mogelijkheden van cliënten. De kunst voor professionals is steeds af te wegen welk type autonomie past en hoe dat in te passen is in het dagelijks leven en het professionele handelen (Broer, Nieboer en Bal 2010c).

6. Management en leiderschap

De eerste evaluatie van ZvB leverde het inzicht op dat de meeste verbeterprojecten niet sterk gekoppeld waren aan management agenda's en issues hetgeen de effectiviteit van de trajecten negatief bleek te beïnvloeden (Strating e.a. 2008). Waar het programma Zorg voor Beter sterk inzet op kwaliteitsbeleid en innovatie, is het opvallend dat meer *managerial* waarden zoals efficiëntie, kosteneffectiviteit, alsook de belangrijke contextuele veranderingen grotendeels ontbraken in de eerste verbetertrajecten van het programma. Hogere managementlagen participeerden nauwelijks in de teams en ook bij de uitvoering van het project ervoeren teams over het algemeen een gebrek aan management support vanuit hun eigen instelling. Managementbetrokkenheid wordt door de deelnemende organisaties cruciaal geacht voor het resultaat van de verbetertrajecten, met name voor een organisatiebrede verandering is de instemming en het draagvlak van het managementteam nodig.

Daarnaast bleek dat de reguliere verbetertrajecten beperkt bleven tot de pilot afdelingen. Uit onze tussenevaluatie bleek dat slechts 37% van de projectleiders aangaf dat de nieuwe werkmethoden rondom het verbeterthema ook op andere afdelingen was verspreid. Slechts 27% gaf aan dat de verbetermethodiek met o.a. werken volgens PDSA op andere afdelingen was verspreid. Managementbetrokkenheid, verspreiding en borging van de verbeteringen werden naast cliëntenparticipatie speerpunt in het Zorg voor Beter Plus project dat in vervolg op het initiële project startte in 2008. Plus richtte zich op de hele organisatie, dat wil zeggen op een eenheid (dat kon een gehele organisatie, of een locatie of cluster zijn) aangestuurd door een eindverantwoordelijke. Van deze manager of bestuurder werd instemming met het project en betrokkenheid verwacht, alsmede deelname aan de georganiseerde *conference calls* en bestuurdersbijeenkomsten. Het Zorg voor beter plus programma was groter van omvang, en kende een grotere diversiteit, waardoor de begeleiding noodzakelijkerwijs meer op afstand werd georganiseerd.

Opmerkelijk was dat het ook in Zorg voor Beter Plus lastig bleek de werelden van managers en zorgverleners te 'bedienen' en een voor beide partijen interessant genoeg programma te bieden. Gedurende de conferenties waar ca. 150 mensen bijeenkwamen werden op de eerste dag vooral de projectleiders en coördinatoren uitgenodigd en op de tweede dag schoven de verbeterteamleden aan. De projectleiders die vaak verschillende verbeterteams aanstuurden werden geschoold in procesmatige of meer managerial issues zoals projectmanagement, leerstrategieën, implementatie, communicatie, verspreiden en

borgen. De verbeterteamleden bestudeerden vooral de thematische 'inhoudelijke' problematiek in de directe zorg, zij werkten aan (nul) meting en analyse (interne oriëntatie) van deze problemen om daarna planmatig gesitueerde verbeteringen toe te kunnen passen. Zo bleven werelden van managers en zorgverleners ook hier enigszins gescheiden.

Vormen van management

Het hogere managementkader is ook in Plus vooral betrokken geweest bij het initiëren en in gang zetten van de trajecten in de organisaties, maar uiteindelijk werd de daadwerkelijke leiding aan de uitvoering van het traject gedelegeerd naar het lager managementkader. Aan het einde van de trajecten waren hogere managers weer aanwezig in een hoofdrol bij het presenteren van de resultaten. Door hun presentaties werd de procesmatige dynamiek van de trajecten 'ingepakt' en gemaakt tot 'verhalen van goede praktijken'. De ervaringen en praktijken worden daardoor verplaatsbaar en daardoor te verspreiden. Hogere managers reizen meer door de organisaties dan het lagere kader, zo verspreiden zij de verhalen.

Ook het managen van verbeterprocessen kan verschillende vormen aannemen. Voor sommige thema's werkt een meer sturende stijl van leiderschap, waarbij doelmatigheidsprykkels (mede) een belangrijke drijfveer voor innovatie kunnen zijn, terwijl andere thema's – zoals preventie seksueel misbruik – juist om een meer op veiligheid gerichte wijze van aansturing vragen. Maar managen gaat ook om personeelsbeleid, coördinatie, controle en reputatiemanagement (relatie met Inspectie voor de Gezondheidszorg). Om veranderprocessen in en door te zetten is vooral *direct leiderschap* op de werkvloer van belang. Het gaat in de verbeterprocessen om het aansturen van veranderprocessen, maar juist ook om schijnbaar kleine dingen: 'the devil is in the detail'.

Klassieke 'kloven' die er bestaan tussen management en werkvloer worden in Zorg voor Beter enerzijds overbrugd, maar anderzijds ook in stand gehouden. Zowel managers als medewerkers zijn in hun eigen werk bezig met het zoeken naar een praktische invulling van verschillende en vaak tegenstrijdig lijkende concepten van 'goede zorg'. Als cliënten vrijer wonen, kan er meer onveiligheid ontstaan, net als wanneer cliënten gestimuleerd worden om zelfstandig te gaan koken. Maar deze tegenstrijdigheden van veiligheid en vrijheid zijn zowel terug te vinden in de beslissingen van bestuurders over het ontwerp van gebouwen, als ook in dagelijkse beslissingen van medewerkers van de werkvloer over hoe zij de zorg aan individuele cliënten invulling geven. Zowel medewerkers als managers zijn op zoek naar 'goede alternatieven' die schijnbaar tegenstrijdige waarden kunnen verenigen (Stoopendaal 2010).

7. Conclusie

Zorg voor Beter heeft een landelijke beweging in gang gezet. Het succes daarvan kan gevonden worden in koppelingen tussen de inhoud en verandermethode. In de evaluatie van Zorg voor Beter stuiten wij natuurlijk op nieuwe vragen: *Wat zijn* effecten eigenlijk, en hoe meetbaar kunnen die gemaakt worden, rekening houdend met 'verschuivende doelen' en inherente tegenstrijdigheden.

De evaluatie leidt tot een scala aan wetenschappelijke inzichten, maar vooral ook tot beleids- en praktijkrelevante ervaringen en uitkomsten waarvan wij verwachten (en hopen) dat die in nieuw op te zetten verbetertrajecten of richtlijnen verwerkt zullen worden. Deze betreffen het wel of niet aangetoonde nut van verbetertrajecten in de aangeboden thema's, de bevinding dat investeren in meetbaarheid van kwaliteitsverbetering loont en dat managementparticipatie in kwaliteitsverbetering noodzakelijk is. Waar het omgaan met inhoudelijke dilemma's en de borging en verspreiding van verbeteringen betreft; dat aantoonbare kostenreductie als gevolg van kwaliteitsverbetering slechts ten aanzien van een klein deel van de projecten mogelijk is; en dat cliëntenparticipatie verschillende vormen heeft.

Vervolgprojecten kunnen gericht worden op de onderwerpen die redelijk tot goed hebben voldaan aan de programmadoelstellingen, maar ook op nieuwe onderwerpen die naar voren komen uit het innovatie- en ontwikkelgedeelte van het Zorg voor Beter programma (hier niet verder toegelicht). In vervolgprogramma's dient aandacht te worden besteed aan: het meetbaar maken van de effecten van interventies op cliënt niveau ('meten is beïnvloeden') en het stellen van ambitieuze maar haalbare en meetbare doelen. Verder experimenteren met vormen van cliëntenparticipatie is relevant, maar kan het beste plaats hebben in het

zorgproces. Zorgorganisaties zouden geholpen kunnen worden met het directer benutten van cliëntenervaringen, zoals gemeten in de CQ-index.

Voorts zou, op basis van de huidige inzichten beter onderbouwd aandacht kunnen worden besteed aan borging en verspreiding van verbeteringen. Het gaat hierbij om zowel routinisering als institutionalisering. Voortgang van kwaliteitsprogramma's zoals Zorg voor Beter kan effectiever zijn als door ondermeer een nadrukkelijker koppeling te maken naar overige ontwikkelingen in de sector (financiering, accreditatie, nieuwe organisatievormen etc.). Als daarnaast nadrukkelijker een link wordt gelegd tussen zorginhoud en overige elementen in de bedrijfsvoering, is er voor bestuurders en managers een duidelijker rol weggelegd in het initiëren, borgen en verspreiden van kwaliteitsverbetering. Inherent tegenstrijdigheden tussen inhoudelijke thema's, tussen verschillende waarden als ook tussen interne en externe eisen zijn uitnodigingen om alternatieven voor 'goede zorg' te zoeken. Managementwaarden en ervarings- en expertkennis zullen in deze voortgaande zoektocht naar de inhoud van 'goede zorg' gezamenlijk leidend moeten zijn.

Bij verbeteren, borgen en verspreiden heeft leren een bijzondere plaats: verbeteren is niet alleen het toepassen van elders ontwikkelde 'best practices' maar juist het 'eigen maken' en doorontwikkelen daarvan.

Rest het ons op te merken dat verbeteringen in de langdurige zorg investeringen en continue aandacht vergen van zowel uitvoerenden als beleidsmakers. Ervaringen zoals opgedaan in het Zorg voor Beter (Plus) traject moeten niet alleen in de uitvoering van zorg maar ook op beleidsmatig niveau worden geborgd en –in dezelfde of in verbeterde vorm- worden gecontinueerd. Ook op beleidsmatig niveau wordt namelijk van deze projecten geleerd. Er moet naast een projectmatige ook een structurele –niet op projecten- gebaseerde beleidsmatige infrastructuur opgezet worden. Verbeteren van zorg is een voortdurend en voortgaand proces en daardoor nooit af.

Literatuur

Broer T, Nieboer A, Bal R 2010 (a). Opening the black box of quality improvement collaboratives: an Actor-Network Theory approach. *BMC Health Services Research* 2010, 10:265.

Broer T, Nieboer A, Strating M, Michon H, Bal R 2010 (b). Constructing the social: an evaluation study of the outcomes and processes of a 'social participation' improvement project. Revisie ingediend bij: *Journal of Psychiatric and Mental health nursing*.

Broer T, Nieboer A, Bal R 2010 (c). Quest for cliënt autonomy in improving (long term) mental health care. Geaccepteerd voor publicatie in: *International Journal of Mental health nursing*.

Makai P, Koopmanschap M, Bal R, Nieboer A 2010. Cost-effectiveness of a pressure ulcer quality collaborative. *BMC Cost-Effectiveness and Resource Allocation* 8:11.

Slaghuis SS, Strating M, Bal R, and Nieboer A. 2010 (a). Measuring and monitoring the improvement process for sustainability of change in health care practices. Revisie ingediend bij: *Implementation Science*.

Slaghuis SS, Strating M, Bal R, Nieboer A. 2010 (b). Beyond the Frontiers of Effectiveness: A Framework and a Measurement Instrument for Sustainability of Work Practices. Ingediend bij *BMC Health Services Research*.

Stoopendaal A. 2010. Different kind of gaps: policy and practice of falls prevention. How to use ANT to analyze gaps in the implementation of quality improvements in long term health care, congres paper.

Stoopendaal A, Strating M, Mostert H, Zuiderent-Jerak T, Nieboer A, and Bal A 2009. Borgen in praktijk. Het Eten en Drinken traject in Zorg voor Beter. *TvZ* 119 (10):17-21.

Strating M, Nieboer A, Zuiderent-Jerak T, and Bal R 2010. Creating effective quality improvement collaboratives: a multiple case study, congres paper.

Strating M, Zuiderent-Jerak T, Nieboer A, and Bal R 2008. Evaluating the Care for Better collaborative. Results of the first year of evaluation. Rotterdam: Dept. of Health Policy and Management.